TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr F. DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE





LILLE

LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

25, Rue Nicolas-Leblanc, 25

1901

TITRES

Interne des hôpitaux de Paris (1879) et de la clinique ophtalmologique (1881 et 1883).
Aide d'anatomie (1881).
Lauréat de la Faculté de Paris.
Chef de clinique ophtalmologique de la Faculté (1883 à 1886).
Secrétaire de la rédaction des Archives d'ophtalmologie.
Agrégé des Facultés de médecine (concours de 1886).
Chargé du Cours complémentaire des maladies des yeux à la Faculté de Lille (1886 à 1890).
Chargé du Cours de médecine opératoire (1889-1890).
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lille (novembre 1890).

Doyen de la Faculté de médecine de Lille depuis 1893.

Chevalier de la Légion d'honneur — Officier de l'Instruction Publique.

Membre de la Société française ophtalmologique.

Ancien président de la Société centrale de médecine du Nord — Membre honoraire de la Société de médecine de Toulouse — Membre du Comité de direction des Congrès et du Comité de la section d'Ophtalmologie. Congrès 1900.

Membre du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur de Lille, du Conseil d'hygiène du Nord, de la Commission administrative des hôpitaux et hospices de Lille, etc.

ENSEIGNEMENT

Leçons sur la réfraction et ses anomalies. A la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (1884).

Maladies des membranes externes de l'œil. — Cours à l'Ecole pratique (2e semestre 1885).

Enseignement de la Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Lille depuis 1886.

Leçons sur les troubles de la réfraction et de l'accommodation (1885-89.)

Leçons de chirurgie oculaire et exercices de médecine opératoire (1889).

Clinique de l'Hôpital Saint-Sauveur. — Depuis quinze ans l'enseignement ophtalmologique a été donné dans cette clinique, dont l'importance s'est accrue davantage d'année en année et qui reçoit de 2000 à 2500 nouveaux malades par an. — Les leçons ont porté sur tous les cas si variés de chirurgie oculaire qui se sont présentés à notre observation, en particulier les nombreux cas de traumatismes oculaires, avec leurs conséquences, si fréquents dans la région industrielle du Nord.

S'adressant à de futurs praticiens, le professeur a saisi toutes les occasions de montrer les rapports entre les maladies générales et leurs manifestations oculaires, ce qu'on pourrait appeler l'ophtalmologie médicale.

Dans la série de leçons cliniques faites cette année, il a passé en revue les manifestations oculaires de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire. Avec M. Fournier il montre que les accidents oculaires, dans ce dernier cas, sont des manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis

comme origine, n'ont rien de syphilitique comme nature, ce sont des phénomènes dystrophiques. Aucun de ces phénomènes n'a des caractères suffisamment différenciés pour nous permettre, en dehors de tout autre stigmate, de reconnaître la syphilis héréditaire. Cependant ce sont les lésions du tractus uvéal qui, par leur fréquence et leur systématisation, nous aident le plus dans le diagnostic. La kératite interstitielle, qui reconnaît à son origine les infections les plus diverses, comme l'a soutenu avec tant d'énergie M. Panas, n'est peut-être caractéristique que dans ses formes les plus profondes, tantôt rapidement suivies, tantôt même précédées de lésions iridochoroïdiennes qu'il faut rechercher avec soin.

Parmi les autres leçons cliniques les plus récentes, nous citerons l'œil tabétique; les manifestations oculaires de l'hysterie, à propos d'un cas extrêmement intéressant de blépharospasme hystérique chez l'homme; les paralysies oculaires; l'hémianopsie, avec les données récentes sur le centre cortical de la vision, etc.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — OPHTALMOLOGIE

1° Maladies des paupières

I.— **Du chancre palpébral** *(Archives d'ophtalmologie, 1881).*

II. — **Du chancre de l'œil.** *(Echo médical du Nord, août 1898.)*

III. — **Sur une forme particulière de gomme palpébrale.** *(Bulletin médical du Nord, 1889).*

I et II. — La fréquence de la localisation du chancre induré sur les paupières et la conjonctive n'est pas très considérable. Lorsqu'il occupe la face interne des paupières et surtout l'angle interne de l'œil, il peut ne pas être reconnu, ou être pris pour une dacryocystite ; on a été jusqu'à pratiquer l'opération de Stilling dans quelques cas. Quel que soit son siège, il s'accompagne d'une adénopathie considérable sous-maxillaire ou préauriculaire, parfois des traînées lymphangitiques peuvent s'apercevoir sur la face. L'existence d'une adénopathie volumineuse, à marche rapide, est le meilleur signe diagnostique qui permet de soupçonner un chancre induré des paupières, dont les signes caractéristiques manquent souvent.

III. — La gomme de l'angle interne de l'œil est une des formes rares de la syphilis palbébrale ; elle peut se présenter comme une manifestation tardive de la syphilis héréditaire.

C'est surtout avec une tumeur ou une fistule lacrymale que le diagnostic présente de réelles difficultés : quant à l'épithélioma, dans sa forme ulcéreuse, il présente un aspect assez différent. — Le traitement mixte guérit très rapidement cet accident tertiaire sans renversement de la paupière inférieure, et même sans larmoiement.

De l'épithélioma palpébral. *In thèse de Rouzé,* Lille, 1890.

Dans cette étude, basée sur un certain nombre d'observations recueillies à la Clinique ophtalmologique et sur une série de leçons cliniques, on a insisté sur la possibilité de transformation de tumeurs bénignes en tumeurs malignes : l'epithélioma se développe sur les cicatrices de brûlures ou même sur un lupus en évolution.

L'existence de ganglions préauriculaires et sous-maxillaires n'est pas constante, alors même que la tumeur a acquis un volume assez considérable. Ce sont les irritations produites par des traitements intempestifs qui peuvent faire apparaître les ganglions et dans quelques cas ces adénopathies ne sont pas cancéreuses. Chez un malade atteint d'un très volumineux épithélioma de la paupière supérieure, il y avait un ganglion préauriculaire, qui fut enlevé au cours de l'opération. L'examen histologique démontra que la seule altération qui existait dans ce cas était une dégénérescence granulograisseuse : en aucun point il n'existait de transformation épithéliomateuse. Il s'agissait donc d'une altération inflammatoire.

Blépharoplastie. *Compte-rendu de la clinique ophtalmologique, Lille, Le Bigot, 1890.*

Relation de quatre opérations pratiquées au moyen de la méthode indienne ou du procédé de Denonvilliers, deux fois pour des ectropions cicatriciels et deux fois après l'ablation

de tumeurs cancéreuses. Pour ces derniers cas on a fait la blépharoplastie immédiate et non la restauration secondaire de Verneuil, qui a l'inconvénient de laisser l'œil trop exposé pendant plusieurs mois.

Dans tous les cas où l'état des tissus avoisinants le permet, il faut préférer la greffe à grand lambeau pédiculé. Dans la méthode par la greffe sans pédicule, il est certain que, grâce à une antisepsie rigoureuse, on arrive assez facilement à obtenir l'adhérence de larges lambeaux. Les Anglais et les Américains reviennent périodiquement sur les succès de cette greffe cutanee *without pédicle*, par la méthode dite de Wolfe, bien que Lefort ait pratiqué cette opération bien avant le chirurgien anglais. Mais ce sont les résultats définitifs après un an ou dix-huit mois qu'il faut apprécier. Or il est démontré que les adhérences cicatricielles se reforment au-dessous du lambeau transplanté et, au bout de quelque temps, il ne reste plus qu'un boudin disgracieux qui n'empêche nullement la cicatrice de renverser à nouveau le bord palpébral.

I. — **Procédé d'opération pour le symblépharon** (*Bulletin médical du Nord, 1887*).

II. — **Opération du symblépharon.** *Société française d'ophtalmologie*, 1888, et *Archives d'Ophtalm.*, t. VIII.

I. — Dans ce procédé, étant donné que l'adhérence a une forme triangulaire dont le sommet est à la cornée et la base au bord palpébral, on dissèque avec soin l'onglet ptérygoïde, puis on divise le symblépharon en trois portions par deux incisions allant de la cornée au bord de la paupière. La portion moyenne comprenant l'onglet est disséquée jusqu'au bord palpébral auquel elle reste adhérente. Les portions latérales sont au contraire détachées à partir de ce bord par des incisions curvilignes qui restent toujours à la même distance de la cornée. On achève de dessiner deux lambeaux quadrila-

tères en suivant en dedans et en dehors le bord de la cornée; ces lambeaux doivent être disséqués dans une assez grande étendue pour qu'ils puissent se rapprocher sans tiraillements. Puis les deux parties latérales sont rapprochées pour recouvrir la surface cruentée du côté du globe. Un point de suture est placé près de la cornée. Pour le point inférieur, on se sert d'un fil muni de deux aiguilles à ses extrémités; après avoir traversé les lambeaux à une petite distance de leurs angles inférieurs, le fil est croisé deux fois, et les aiguilles, revenues à leur point de départ, sont conduites dans le fond du cul-de-sac, aussi loin que possible. Elles vont ressortir sur la joue, à deux centimètres l'une de l'autre, à deux grands travers de doigt au-dessous du bord libre de la paupière : le fil est fixé sur un rouleau de peau de gant. Dans un dernier temps on applique le petit lambeau moyen contre la face postérieure de la paupière, d'abord par un fil à double aiguille qui traverse la paupière et aussi par quelques points latéraux.

2° Conjonctive

I.— **De la conjonctivite granuleuse dans le Nord.** *Bulletin medical du Nord*, 1887.

II. — **De l'abrine dans les granulations** en coll. avec le Dr Painblan. *Congrès de méd. de Paris et Arch. d'ophtalm.* 1900.

II. Le jéquirity, que M. de Wecker a eu le grand mérite d'introduire dans la thérapeutique oculaire, paraît avoir été trop abandonné depuis quelques années; or, tandis que la plupart des ophtalmologistes oubliaient cet agent thérapeutique, son étude était reprise à d'autres points de vue par les bactériologistes et en particulier par les élèves de Pasteur. Son principe actif, l'abrine, est en effet une toxine végétale éminemment active dont l'action a été comparée à celle des toxines microbiennes et animales et dont les réactions phagocytaires ont

donné lieu aux importants travaux de Kobert, de Metchnikoff, des Chatenay, de Calmette, etc.

Dans ce travail, nous nous sommes proposé 1° d'étudier l'action de l'abrine sur la conjonctive saine et sur la conjonctive granuleuse ; 2° de rechercher les causes qui favorisent ou retardent l'inflammation, en particulier les effets du sérum antiabrinique ; 3° de chercher à expliquer l'action thérapeutique du jéquirity.

1° Sur la conjonctive saine du lapin, l'abrine a pour effet tres rapide de produire un appel considérable de leucocytes polynucléaires ou mononucléaires volumineux, accompagné d'une énorme transsudation sero-fibrineuse et de la chute de l'épithelium conjonctival. Après 24 heures la fausse membrane n'est pas encore formée, mais déjà à la surface de la muqueuse on constate quelques fibrilles très minces.

Sur la conjonctive granuleuse, au deuxième ou troisième jour de l'ophtalmie abrinique, on constate la fausse membrane infiltrée de leucocytes. Les leucocytes polynucléaires se retrouvent en rangs serrés dans la couche des granulations. Sur la coupe des vaisseaux on voit des leucocytes polynucléaires rangés le long du bord : on constate de plus du gonflement de l'endothélium avec saillies des noyaux et par places de petites hémorrhagies interstitielles.

L'abrine en contact avec la conjonctive saine ou granuleuse exerce donc une attraction, une chimiotaxie positive vis-à-vis des leucocytes polynucléaires et c'est le premier phénomène de l'inflammation de cette muqueuse dont l'infiltration est si facile.

2° M. Calmette ayant réussi à immuniser des lapins contre l'abrine et à produire un sérum très anti-toxique et énergiquement préventif, nous avons étudié avec lui l'action locale de ce sérum.

Ces expériences ont démontré que chez les lapins, le sérum empêchait ou atténuait l'inflammation abrinique suivant le moment de l'application. Chez l'homme les résultats ont été

analogues, du moins dans les premières heures. Après 48 heures le sérum ne paraît plus avoir d'action. Aussi malgré l'intérêt scientifique qui s'attache à cette étude, nous avons dû reconnaître que ce sérum ne pouvait être appliqué en clinique. Sans compter les difficultés de préparation de ce sérum, c'est surtout après le deuxième jour que nous en aurions besoin pour atténuer les effets du jéquirity.

3° Comment peut-on expliquer les effets thérapeutiques de l'abrine ? Il ne paraît pas possible d'admettre une action spécifique de la toxine végétale sur les granulations. Par la violente réaction leucocytaire qu'elle produit, par l'inflammation et l'apport de nombreux éléments cellulaires, l'abrine agit en activant la formation du tissu cellulaire qui transforme petit à petit la granulation en tissu fibreux de cicatrice. Quant à la rapide disparition du pannus kérato-conjonctival, on peut admettre qu'elle est favorisée par de véritables thromboses leucocytaires dans les fins vaisseaux de la conjonctive et de la cornée.

I. — **Rapport sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Des mesures administratives à prendre pour éviter ses dangers.** *Soc. de Médecine et Bull. Méd. du Nord*, 1890.

II. — **Leçons sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.** *Nord médical, 1895.*

III. — **De la conjonctivite catarrhale à forme pseudo-membraneuse.** — *In Cousin, thèse de Lille, 1889.*

I. Dans les divers systèmes proposés pour combattre la propagation de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, les instructions ou avis s'adressent : 1° aux parents ; 2° aux médecins ; 3° aux sages-femmes. C'est surtout à l'égard de ces dernières que les mesures administratives doivent être prises. Non seulement il faut les instruire de leurs devoirs les plus élementaires, mais encore il faut les surveiller au point de

vue de l'application des méthodes prophylactiques. Nous avons rédigé, dans ce but, une courte notice qui, avec l'appui du Conseil d'hygiène du département du Nord, a été distribuée aussi largement que possible par l'intermédiaire des maires. Les médecins, les inspecteurs d'hygiéne et de la première enfance ont eté invités par le Préfet à en surveiller l'application

Dans cette notice nous recommandons l'application rigoureuse de la méthode de Crèdé, comme moyen prophylactique ; les précautions antiseptiques à prendre, à l'égard de la mère, lorsqu'on est obligé de soigner un enfant atteint d'ophtalmie purulente ; la nécessité de faire appeler un médecin aussitôt qu'on voit apparaître le gonflement des paupières et la sécrétion citrine.

3° Cornée

Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil. — *Encyclopédie Léauté*, Paris, 1893.

Cet Aide-Mémoire a trait aux maladies des paupières et des sourcils, à celles de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique.

Sous une forme concise, l'auteur s'est attaché à traiter trés complètement chacune de ces maladies. Les questions d'étiologie, de pathogénie, de traitement qui intéressent avant tout le médecin, doivent surtout attirer l'attention par la forme originale et essentiellement pratique sous laquelle elles sont présentées. Les questions didactiques ont été étudiées aussi avec le plus grand soin. Une bibliographie très complète indique à ceux qui voudraient faire une étude spéciale des maladies traitées dans le volume, les sources où ils pourront puiser tous les renseignements complémentaires désirables (Arch. d'opht., 1893).

Ophtalmie sympathique à forme kératique. — (*Bulletin méd. du Nord*, 1887).

Cette forme clinique est caractérisée par le retentissement ciliaire immédiat, les douleurs névralgiques, la photophobie, le larmoiement qui accompagnent une keratite ulcéro-vasculaire. Les accidents irido-cyclitiques éclatent ensuite et dès lors la marche des lésions cornéennes n'a plus qu'une importance secondaire. L'énucléation de l'œil sympathisant, même au début, ne sera pas toujours capable d'arrêter cette forme d'ophtalmie sympathique.

4° Iris. Tractus uvéal.

I. — **De l'uvéite.** — *Bulletin med. du Nord*, XXVIII, n° 2.

II. — **Pathogénie du colobome de l'iris.** — In *Caffeau, thèse Lille*, 1895.

II. — Cette étude a pour point de depart deux observations de la Clinique ophtalmologique. Dans un premier cas il s'agissait d'une femme qui présentait des yeux légèrement microphtalmes, avec colobome de l'iris et cataractes zonulaires, tendant à se généraliser du côté gauche. L'extraction de ce cristallin ayant été faite avec succès, on put constater un magnifique colobome de la choroïde et du nerf optique. Le fond du colobome n'était pas régulier, présentait des saillies et des dépressions d'aspect chatoyant ; dans certains points même il y avait de véritables plis comme ceux formés par un décollement de la rétine ; les vaisseaux à ce niveau étaient tortueux et l'ensemble donnait l'aspect d'un tissu scléreux de cicatrice, parsemé de rares vaisseaux et de dépôts pigmentaires. Malgré cela cette femme, que nous suivons encore, a une bonne acuité visuelle avec des verres appropriés. Dans le second cas il y

avait un colobome unilatéral avec lésions anciennes et indélébiles de kératite interstitielle.

Etudiant les colobomes de l'iris, particulièrement au point de vue pathogénique, nous sommes arrivés aux conclusion suivante :

Le développement de l'iris aux dépens du carrefour anastomotique vers la huitième semaine est indépendant de la fente fœtale, dont la fermeture a lieu vers la quatrième semaine de la vie embryonnaire. Le siège très variable des colobomes iriens met en défaut la théorie de von Ammon ou de l'oblitération incompléte de la fente oculaire. Les recherches anatomiques de Deutschmann, les faits cliniques qui mentionnent la concomitance des lésions congénitales de nature nettement inflammatoire avec les colobomes, permettent d'assigner à la grande majorité des colobomes une pathogénie inflammatoire, également applicable aux iridérémies, aniridies et polycories. Les lésions colobomateuses doivent être rapportées à une diathèse, la syphilis congénitale jouant un rôle important. Elles sont embryonnaires. Elles aboutissent à l'arrêt de développement ou à l'atrophie d'une partie de l'iris déjà formé.

I. — **Sur certaines formes d'hypohéma.** — In Brunelle. — *Compte-rendu de la clinique ophtalmique*, *Lille*, 1890.

II.— **La mydriase dite essentielle**.— (*Société franç. d'ophtalm.* 1890 et *Arch. d'ophtalm.* X, n° 5).

III. — **De la mydriase essentielle.** — In *Pruvost. Thèse Lille*, 1890.

II.— Ces mydriases sont celles que l'on a désignées sous le nom d'essentielles, d'idiopathiques, de réflexes. Opposées aux mydriases symptomatiques, elles ne peuvent être admises que lorsqu'on a éloigné, aprés un examen trés approfondi,

toute cause de paralysie du sphincter irien, et dès lors, presque tous les auteurs sont d'accord pour faire intervenir l'action du grand sympathique dont l'excitation produirait la contracture plus ou moins prolongée du muscle rayonné de l'iris (Panas).

L'excitation du sympathique explique bien ces faits pathologiques, si on admet la théorie de Brown-Séquard, appliquee par Franck au jeu physiologique de la pupille, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'existence d'un muscle rayonné. L'excitation du sympathique peut entraîner une action suspensive, une véritable inhibition, aussi bien sur le muscle ciliaire que sur le sphincter irien. Ainsi s'expliquent ces mydriases réflexes, traumatiques ou autres, qui sont le plus souvent assez passagères mais qui peuvent persister même après la suppression de la cause qui les avait produites (Brown-Séquard). C'est ce qu'on voit assez souvent après la guérison d'une névralgie ou l'expulsion de vers intestinaux qui avaient produit ces pertes de fonction.

5° Cristallin

I. — **Maturation artificielle de la cataracte.** (*Thèse inaug., Paris, 1883*).

II. — **Des progrès récents dans l'opération de la cataracte.** (*Bulletin médical du Nord, XXVIII*).

III. — **De l'intervention dans certains cas de cataracte zonulaire.** *in Pel, Thèse Lille, 1898.*

IV. — **L'opération de la cataracte de nos jours.** (*Bulletin médical, 1893*).

I. — Dans les cataractes à marche lente, et particulièrement dans les cataractes seniles, lorsque l'amblyopie

empêche pour longtemps tout travail utile, on est autorisé à pratiquer la maturation artificielle de la cataracte. — Cette opération a pour but d'opacifier les couches corticales antérieures, de permettre leur détachement de la cristalloïde, de faciliter par conséquent la toilette du champ pupillaire. — Le procédé de Grœfe et de Mannhardt est abandonné comme trop dangereux ; on aura recours à l'opération imaginée par Fœrster. — Elle consiste en frictions répétées sur la cornée aprés ouverture de la chambre antérieure et iridectomie. — Dans les cas heureux, l'opacification est compléte du troisième au sixième jour : on peut procéder à l'extraction vers la troisième ou la quatrième semaine. — La réaction inflammatoire est insignifiante. L'extraction est ordinairement simple. Cependant elle peut être gênée dans certains cas ; les couches antérieures étant trop molles, ne sortent pas facilement avec le noyau. Enfin, la maturation peut échouer. A ces deux points de vue, on doit faire quelques réserves.

III. La cataracte zonulaire qui est ordinairement stationnaire peut, sous certaines influences mal connues et à tout âge, se généraliser en quelques mois. Cette généralisation est annoncee par la formation d'aiguilles opaques ou cavaliers, qui partent de la zone cataractée. Lorsque chez un malade on constate la présence de ces cavaliers, l'iridectomie simple qui peut, dans les cas stationnaires, donner de bons résultats optiques n'est plus indiquée.

Chez l'enfant, l'intervention est relativement simple, et la discision, l'extraction simple suivie ou non de l'extraction de la cataracte secondaire, donnent de bons résultats. Une réserve doit être faite pour les cas, d'ailleurs trés rares, de phacosclérose centrale. Chez l'adulte, l'opération est beaucoup moins simple en raison de la difficulté de séparation des couches restées transparentes. Suivant le cas, il faudra donc, aprés iridectomie, de manière à se donner un champ pupillaire trés vaste, tantôt essayer d'emblée l'extraction simple, tantôt

faire la discision, en une ou plusieurs séances, suivie de l'extraction des couches molles et plus tard de la capsule ; l'aspiration peut dans ces cas être assez utile.

I. — **Luxation du cristallin.** *Bulletin méd. du Nord*, 1890.

II. — **Sur un cas d'ectopie du cristallin.** *La Clinique Ophtalm.*, 25 avril 1898

II. Dans cette observation, il s'agissait d'une ectopie vraie des cristallins symétriquement reportés en haut et légèrement en dehors, bien distincte des luxations congénitales pathologiques du cristallin. C'est une distinction que Manfredi a déjà faite; il est regrettable que dans beaucoup d'observations on se serve encore indistinctement des mots ectopie et luxation congénitale du cristallin. Dans cette dernière classe il faut ranger les cas de luxation complète ou incomplète dans lesquels le cristallin est dirigé en bas, en dedans ou en dehors, qu'il y ait ou non corectopie. Beaucoup de ces cristallins sont atteints de cataracte partielle ou complète, régressive même quelquefois. Il peut exister des lesions profondes de l'œil, tantôt de la microphtalmie par iridocyclite, tantôt de l'iridonosis, d'origine hérédosyphilitique. Ces luxations relèvent de la pathologie oculaire fœtale, dans la période où l'œil est entièrement constitué, dans les derniers mois de la vie utérine.

Dans l'ectopie du cristallin le déplacement a pour caractère d'être bilatéral et parfaitement symétrique : le cristallin est toujours dirigé en haut et legèrement en dehors. Cette disposition ne peut s'expliquer que par un trouble uniforme dans le développement embryonnaire des deux yeux. La théorie du développement du bourgeon cristallinien en position anormale n'explique pas pourquoi le cristallin est toujours situé en haut et en dehors et d'autre part elle ne cadre pas avec le développement régulier des autres parties de l'œil. Il semble logique d'admettre avec O. Becker et Klein, que la zonule ne se déve-

loppe pas à la partie inféro-interne dans une portion correspondant à la fente oculaire et que le cristallin est entraîné dans une partie diamétralement opposée, en haut et en dehors, par les fibres du ligament suspenseur. On ne doit pas oublier que si le sac cristallinien est complètement fermé vers la fin de la quatrième semaine de la vie embryonnaire, ce n'est que vers le troisième mois que de très fines fibres, rudiments de la zonule, apparaissent dans le fond des plis des procès ciliaires nouvellement formés : beaucoup plus tard seulement ces fibres abordent le cristallin et s'insèrent sur la cristalloïde.

De l'opportunité de l'intervention dans la cataracte traumatique. *Bull. Soc. Franç. d'Ophtalm.*, **1892.**

Parmi les signes qui permettent de savoir s'il faut intervenir, on doit attacher une grande importance à l'examen minutieux et souvent répété de la tension intra-oculaire.

Tout le monde est d'accord pour conseiller d'intervenir lorsque le tonus est augmenté : la menace d'accidents glaucomateux doit engager à opérer le plus tôt possible. L'aspiration donne d'excellents résultats, supérieurs même à ceux de l'extraction simple. Il est merveilleux de voir les douleurs disparaître immédiatement, le calme renaître, alors même que la totalité des couches molles n'a pu être extraite.

Mais il existe de très nombreuses cataractes traumatiques qui ne sont pas accompagnées d'accidents glaucomateux et pour lesquelles le tonus est au contraire diminué. Dans cette catégorie, toutes les opérations sont mauvaises, même s'il n'y a aucune injection ciliaire, aucune douleur à la pression. L'intervention a ordinairement pour résultat de réveiller une irido-cyclite et de provoquer des accidents aigus qui aboutissent rapidement à l'atrophie du globe ; ils peuvent même devenir le point de départ d'une ophtalmie sympathique. Ces divers accidents seront attribuables à l'opération.

Enfin, lorsque la tension intra-oculaire est normale, que les couches cristalliniennes n'envahissent pas trop la chambre antérieure ou n'appliquent pas l'iris contre la cornée, il vaut mieux attendre pendant plusieurs mois, pendant un an, si c'est possible. Car bien souvent, après une période de calme complet, le tonus diminue progressivement. Qu'on ne dise pas qu'une opération quelconque aurait pour résultat de prévenir cette phtisie du globe : de nombreux faits cliniques démontrent que l'intervention a pour résultat d'aggraver les phénomènes d'irido-cyclite plastique, dont la principale manifestation est la diminution du tonus

En résumé, dans la cataracte traumatique, la tension intra-oculaire est le meilleur guide de la conduite à tenir : augmentée, elle impose l'intervention immédiate, par l'aspiration en particulier ; diminuée, elle contre-indique toute intervention ; normale, elle permet d'attendre et d'agir plus tard dans de bien meilleures conditions.

6° Rétine

I. — **Altérations pigmentaires de la rétine consécutives à un traumatisme de l'œil,** en collab. avec Vassaux (*Archives d'ophtal., 1884*).

II. — **Kystes de la rétine,** in Dutilleul (*Bulletin méd. du Nord, 1893*).

I. Les lésions typiques de la rétinite pigmentaire, migration spéciale du pigment et altérations scléreuses des vaisseaux, peuvent se rencontrer comme conséquences tardives de certains traumatismes. Les expériences physiologiques de Berlin le faisaient pressentir ; Pagenstecker l'avait constaté cliniquement, au moyen de l'ophtalmoscope, mais l'observation qui fait le sujet de ce travail en donne la preuve anatomique. Il s'agissait d'un individu qui avait reçu, quelques années

auparavant, un grain de plomb dans l'œil droit : des menaces d'ophtalmie sympathique ayant nécessité l'énucléation, on constata que le corps étranger n'avait fait que traverser le globe, son trajet était représenté par un cordon fibreux, contenant plusieurs cils. La rétine était très altérée, ses vaisseaux sclérosés, le pigment entourait les vaisseaux sous forme de plaques charbonneuses et suivait les branches les plus déliées ; il pénétrait même dans leurs parois.

II. — D'après Iwanoff et Lawford, la formation des kystes de la rétine semble commencer par l'apparition d'alvéoles dans la couche granuleuse interne entre les fibres de Müller très épaissies et allongées. Ces espaces alvéolaires sont remplis d'une substance finement fibrillaire et ne renferment aucun élément figuré. Cette substance fibrillaire provient non seulement d'une infiltration entre tes fibres de Müller, mais encore et surtout de leur destruction. La coalescence d'un plus ou moins grand nombre de cavités ainsi produites donne naissance à un kyste rétinien plus ou moins volumineux.

Dans le cas que nous avons observé, sur un œil perdu à la suite d'un traumatisme, on trouvait un kyste assez volumineux bordé de toutes parts par la rétine complète et disposée de telle sorte que les éléments nobles étaient dirigés vers l'extérieur par rapport à la cavité du kyste. Les couches les plus internes présentaient une certaine tendance au cloisonnement.

La section du kyste montra d'une façon plus nette encore la structure de la paroi. La rétine qui la constituait était dans un état de conservation remarquable et on en distinguait aisément toutes les couches depuis la limitante interne jusqu'à la couche des cônes et des bâtonnets. Les couches granuleuses interne et externe étaient partout continues et les fibres de Müller n'étaient ni écartées, ni altérées. Nous avions par conséquent affaire à une forme très particulière de kystes rétiniens dont la paroi était constituée par la rétine complète et inaltérée, avec ses éléments nobles dirigés vers l'extérieur. Il y a donc

lieu d'établir une distinction entre ces formes aussi différentes par leur structure que par leur mode de formation et de désigner sous le nom de *kystes de la rétine* ceux dont la paroi comprend la totalité de la rétine, en attribuant celui de *dégénérescence cystoïde* aux cavités creusées dans la rétine par le processus œdémateux.

I. — **De l'intervention dans la rétine gravidique.** — *Soc. franç. d'ophtalmologie.* Congrès 1888.

II. — **Valeur séméiologique de la rétinite brightique.** — *Bull. méd. du Nord,* oct. 1890.

II. — Peut-on, d'après l'aspect ophtalmoscopique, dire si la rétinite dépend d'une néphrite interstitielle ou d'une néphrite parenchymateuse ? Je serais assez tenté de croire que le nombre et les dimensions des plaques exsudatives diffèrent sensiblement dans les deux cas. Confluentes dans la néphrite parenchymateuse, elles seraient discrètes dans la néphrite interstitielle avec un plus grand nombre d'hémorrhagies en flammèches. Mais il est évident qu'on ne peut établir de règle absolue à cet égard : il faut tenir compte d'un assez grand nombre de facteurs, il faut se dire surtout que la séparation entre les variétés anatomiques du mal de Bright est loin d'être nettement tranchée.

La valeur pronostique de la rétinite est peut-être plus grande. Il est certain que le pronostic vital de la rétinite dans le cours de la grossesse et de certaines néphrites aiguës peut être assez favorable et je pourrais citer plusieurs malades définitivement guéris depuis plusieurs années. Il n'en est malheureusement pas de même pour les rétinites symptomatiques de la néphrite interstitielle.

A plusieurs reprises, depuis 1890, et dernièrement encore au Congrès de la Société d'Ophtalmologie, divers auteurs ont essayé comme nous de faire une distinction entre les différentes formes de rétinites au cours du mal de Bright.

De l'examen du champ visuel dans le décollement de la rétine. (*Bulletin médical du Nord, XXXI, p. 398*).

Pour juger de l'efficacité des différentes méthodes, pour défendre ou pour combattre le traitement chirurgical, on ne tient compte le plus souvent, dans les statistiques, que de l'acuité visuelle mesurée, avant et après l'opération, au moyen des échelles typographiques. Il me semble qu'on oublie beaucoup trop les données fournies par l'examen du champ visuel au moyen du périmètre. C'est seulement en combinant les deux modes d'exploration qu'on pourra juger scientifiquement et en toute connaissance de cause de la valeur des statistiques. Non seulement les résultats fournis par l'acuité visuelle centrale sont incomplets, mais encore ils peuvent présenter des variations tout-à-fait indépendantes du traitement employé. Il est démontré que les *décollés* peuvent spontanément récupérer un certain degré de vision, même à une période assez avancée. Cela est encore plus vrai lorsqu'il s'agit de décollements récents. Il suffit de voir ce qui se passe peu de temps après l'accident : l'examen fonctionnel démontre une amblyopie presque absolue dans toute l'étendue du champ visuel, il est impossible de noter les limites de la partie voyante, le malade distinguant à peine les doigts à quelques centimètres et cependant, à l'ophtalmoscope, on constate qu'une bonne partie de la rétine est encore saine. Il y a lieu évidemment, dans un certain nombre de cas, de tenir compte de la présence de corps flottants du corps vitré, ou de la déchirure de la rétine (Leber), avec épanchement dans le vitreum d'une petite quantité de liquide sous-rétinien. En dehors de ces explications anatomiques, il me semble qu'on pourrait jusqu'à un certain point, comparer ce qui se passe dans ce cas, aux phénomènes de l'ictus apoplectique. A la suite d'une hémorragie cérébrale, les symptômes de diffusion masquent complètement les localisations paralytiques et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'on peut voir les altérations fonc-

tionnelles correspondre assez exactement au foyer hemorrbagique.

Ne se passerait-il pas quelque chose d'analogue à la suite d'un décollement? L'œil dans sa totalité paraît ébranlé par un véritable ictus et il faut un certain temps pour que les parties saines de la rétine reprennent leur fonctionnement normal. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'au bout de quelques jours, de quelques semaines, la vision soit meilleure.

7° Nerf optique

L'amblyopie toxique. *Cliniques et observ. in thèse Pestour.* Lille, 1890.

La fréquence de l'amblyopie toxique est considérable dans le Nord ; tandis que les statistiques donnent des chiffres variant entre 0,50 °/₀ (Galezowski) et 0,93 °/₀ (Uthoff) nous en avons rencontré jusqu'à 1 °/₀ à la clinique de St-Sauveur, et si nous tenons compte de la grande proportion de femmes et d'enfants qui viennent à cette clinique, on peut évaluer à près de 2 °/₀ le nombre des hommes adultes qui présentent cette amblyopie parmi les ouvriers qui viennent à la consultation. Cette forte proportion doit être attribuée à la grande quantité d'alcool absorbé, à la qualité douteuse du genièvre, et à ce fait que la plupart des amblyopes ont une vie sédentaire ne leur permettant pas de brûler l'alcool absorbé (ouvriers de fabrique).

Avec le périmètre que j'ai fait construire, on peut, dès le début, constater le scotome pour le blanc et les couleurs. Ce scotome n'est pas exactement central, il commence par un agrandissement du « punctum cœcum » pour s'étendre vers le point de fixation, en formant un ovale allongé transversalement.

8° Globe de l'œil

A. Glaucome.

Du glaucome et de son traitement. *Revue de clinique et de thérapeutique.* Paris, 1887.

B. Traumatismes.

Traumatismes du globe et corps étrangers. — *Bulletin médical du Nord.* 1887.

Hémorrhagies graves après les opérations sur les yeux. — *In Thèse de Salamé*, Paris, 1884.

Extraction des corps étrangers intraoculaires. *Compte-rendu de la clinique ophtalmologique*, Lille, 1890.

Des blessures de l'œil par explosion. *Écho médical du Nord*, 1901.

C. Tumeurs.

I. — **A propos d'un cas de sarcome du limbe scléro-cornéal,** en coll. avec le prof. Curtis. *Arch. d'Opht.*, 1897.

II. — **Leucosarcome de la choroïde.** in Dutilleul (*Bulletin Méd. du Nord*, janvier, 1892).

I.— La question de l'origine épithéliale ou conjonctive des tumeurs du limbe est une de celles qui ont été les plus discutées et qui ne sont pas encore complètement résolues. S'il existe des cas très évidents de sarcome épibulbaire et des faits plus nombreux encore d'épithélioma typique de la conjonctive, il faut reconnaître qu'il existe un assez grand nombre de tumeurs dans lesquelles les éléments épithéliaux et conjonctifs de nouvelle formation paraissent juxtaposés ;

c'est ce qui a fait admettre une classe de tumeurs mixtes, à la fois épithéliales et sarcomateuses.

Le cas de tumeur épibulbaire, qui fait le sujet de ce travail, a été étudié avec le plus grand soin au point de vue histologique. Il ne paraît pas devoir être rangé dans cette catégorie de tumeurs mixtes. Il s'agit bien d'un sarcome mélanique dans la presque totalité de la masse néoplasique ; dans certains points seulement on rencontre des éléments, rappelant les éléments épithélioïdes, et c'est sur cette structure que les auteurs désirent attirer particulièrement l'attention. L'observation de faits du même genre permettrait peut-être d'arriver à connaître l'originè anatomique de quelques-uns de ces néoplasmes.

Il s'agit d'une tumeur enlevée chez un individu d'une soixantaine d'années, au niveau du limbe scléro-cornéen. L'évolution semblait avoir été assez rapide, car le malade prétendait qu'elle était apparue 3 ou 4 mois auparavant. Elle était allongée transversalement au dessous de la cornée, en forme de massue.

Les caractères histologiques de la tumeur, montrant le système lacunaire des alvéoles, le polymorphisme des cellules contenues, la continuité entre l'élément conjonctif de la trame et l'élément d'aspect épithélial des logettes, permettent d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un sarcome alvéolaire. Les larges cellules qui pourraient faire croire à un épithéliome, sont non pas épithéliales, mais endothéliales, c'est-à-dire de même structure que les corps fibro-plastiques.

Quelle peut être l'origine de ce néoplasme ? Il a dû se développer dans le tissu conjonctif épiscléral et sa texture complexe porte à croire que les lacunes ou les radicules lymphatiques de cette région ont pu servir de point d'origine. L'existence d'un système de lacunes dans ces logettes, la présence de larges cellules endothéliales, moulées par places à la surface des cavités donnent bien l'idée d'une relation

avec le système lymphatique. Cette idée se confirme par la disposition en certains points des fissures lymphatiques évidentes, revêtues d'un endothélium boursouflé faisant saillie dans la lumière du canal. La coupe de pareils canaux n'est pas rare dans la région alvéolaire de ce sarcome.

D. Malformations congénitales.

I. — **Colobome irien et choroïdite maculaire.** (*Arch. d'ophtalm., 1888*).

II. — **Sur un cas de microphtalmie double avec kystes orbitaires.** (*Arch. d'ophtalm.*, XI, 1893.)

III. — **Microphtalmie avec kystes orbitaires.** (*Congrès d'Edimbourg, 1894*).

I. — L'hypothèse d'un défaut d'oblitération de la fente oculaire, déjà bien attaquée pour les colobomes choroïdiens ou maculaires, est encore moins satisfaisante pour expliquer la formation des colobomes iriens. L'étude d'un fait intéressant, dans lequel le colobome irien existait en même temps qu'une choroïdite maculaire, sans colobome choroïdien, tend à faire admettre que toutes ces lésions reconnaissent pour cause des inflammations diathésiques de la période initiale de la vie intra-utérine. Elles s'expliquent par la production d'exsudats plastiques, dont l'existence a été démontrée anatomiquement par Deutschmann, et qui aboutissent soit à l'arrêt de développement, soit à l'atrophie d'une partie de l'iris déjà formé. La coexistence d'opacités cornéennes, de cataractes et de choroïdites vient à l'appui de cette théorie inflammatoire.

II. — Ce travail se rapporte à un des exemples les plus complets qui existent de cette curieuse anomalie. Les pièces ont été recueillies à l'autopsie d'un jeune enfant qui n'a vécu

que trois semaines. L'affection était symétrique : les orbites disséqués, on reconnut que les kystes sous-palpébraux étaient adhérents à un petit bourgeon fibreux contenant certains éléments constitutifs du globe. Sur des coupes verticales et antéro-postérieures, on trouve, en allant d'arrière en avant, le nerf optique coupé très obliquement, au niveau de sa terminaison oculaire. Les gaines se continuent en haut avec un tissu fibreux dense, légèrement ondulé, représentant la sclérotique et la cornée et contenant des noyaux cartilagineux. Il donne insertion à des muscles et est traversé par des vaisseaux. Au-dessous, on voit uue couche pigmentaire régulière à la partie interne, affectant la forme de franges ciliaires à la partie externe. Plus bas, en rapport avec le nerf optique, il existe une masse très irrégulière dans laquelle on reconnaît des circonvolutions formées par la rétine. Les éléments sont mal différenciés, mais il y a cependant des fibres de Müller très nettes et très volumineuses en certains points, et partout une épaisse couche granuleuse. Çà et là on trouve de petites cavités formées par deux parties de rétine adossées par leur face externe, et dans les cavités, bordées par une limitante externe, sont rangés symétriquement des bâtonnets, ou, si l'on préfère, des cils vibratiles. Au milieu de cette masse se trouve le cristallin, avec un peu de corps vitré organisé ; vers la partie externe, le cristallin est en rapport avec les franges ciliaires.

En avant de cette masse rétinienne, s'avance la paroi du kyste, peu adhérente par sa face externe à un tissu cellulaire lâche, ce qui a permis de la détacher facilement de l'orbite et de la paupière. Cette paroi est formée par la rétine complètement développée ; on y trouve les fibres de Müller très hypertrophiées, en rapport avec des tractus transversaux, avec quelques noyaux qui représentent les fibres optiques. Les fibres de Müller se perdent dans une couche moins colorée et au-delà on ne distingue plus que

des noyaux d'autant plus petits et plus serrés qu'on se rapproche davantage de la cavité kystique. Ils s'arrêtent à une limitante externe parfaitement nette avec, au delà, quelques débris de cônes et de bâtonnets.

Fait exceptionnel, la rétine regarde par sa face externe la cavité du kyste, elle est entièrement retournee. En bas, la paroi kystique se jette dans les replis de la masse rétinienne ; en haut, en allant d'avant en arrière, on arrive à un amincissement brusque, au delà duquel on ne trouve qu'une couche de cellules cylindriques, pars ciliaris retinae, et plus loin l'épithélium pigmentaire qui s'arrête brusquement au voisinage du nerf optique.

Pour expliquer cette singulière anomalie de développement, il faut se reporter au moment de l'invagination de la vésicule optique primitive et par conséquent de la formation de la vésicule oculaire secondaire. Le feuillet externe qui forme la couche pigmentaire a peu proliféré. Dans le feuillet distal au contraire, il faut comprendre trois parties, l'une antérieure mince, representant le pars ciliaris retinae, la moyenne formant la retine, et la postérieure, beaucoup plus épaisse, se continuant avec le nerf optique. Sous l'influence de la pression d'un liquide contenu dans la vésicule, les parties les plus libres de cette vésicule, pars ciliaris retinae et retine, sont projetées en bas et en avant pour former la paroi kystique, pendant que la partie postérieure, restée en place, s'hypertrophie et forme les nombreuses circonvolutions qui ont éte décrites.

Il est logique d'admettre qu'il se produit un liquide anormal et pathologique, qu'il existe une sorte d'hydropisie vésiculaire, analogue à l'hydropisie ventriculaire et reconnaissant probablement les mêmes causes dyscrasiques, tuberculose ou syphilis. Cela me paraît au moins aussi probable que l'hypothèse émise par quelques auteurs et d'après laquelle la sécrétion continue, régulière de l'humeur aqueuse, entraînerait la dilatation kystique.

Dans le plus grand nombre de ces arrêts de développement, pour ne pas dire dans tous, il faut nous habituer à reconnaître un processus inflammatoire, diathésique, comme cause première du trouble apporté dans l'évolution de l'œil. Je crois que le trouble se produit au moment de la formation de la vésicule oculaire secondaire et de l'invagination du feuillet distal. Une partie de ce feuillet est projetée en avant et en bas, et se développe librement au dehors, empêchant le rapprochement des bords de la fente oculaire qui commençait à se former. Il n'est pas probable que le kyste soit formé par la vésicule oculaire primitive qui n'aurait pas subi l'invagination et dont les éléments auraient continué à s'accroître et à se différencier. C'est là l'opinion de Kündrat, reprise par Mitwalski. Mais comment admettre que, dans notre cas, une partie seulement du feuillet soit restée au dehors, pendant que la plus grande partie, qui forme la masse rétinienne, subissait l'invagination ? D'ailleurs la présence du cristallin, au milieu de cette masse rétinienne, prouve que les phénomènes pathologiques se sont produits à une période un peu plus avancée.

Il s'agit d'un défaut d'occlusion de la fente oculaire, et c'est bien la rétine qui forme la paroi du kyste. Cette pathogénie ne peut d'ailleurs prétendre à expliquer tous les cas de microphtalmie avec kyste orbitaire. Celui-ci représente un type particulier autour duquel on pourra grouper un certain nombre d'observations analogues. Pour que l'examen ait toute sa valeur, il faudra qu'il porte non sur une petite portion de la paroi kystique, mais sur la totalité du tissu de l'orbite, et c'est en cela que nos préparations présentent un grand intérêt.

E. Opérations.

I. — **Exentération ignée dans la panophtalmie** *(Acad. de médecine, avril 1900, et Arch. d'ophtalm., 1900).*

II. — **De l'énucléation et des opérations susceptibles de la remplacer**. — Discussion du rapport. *Congrès de Paris, 1900.*

III. — **Exentéracion ignea**. *Archivos de oft. hispano-american.* Madrid. 1901.

I. et II. Il est maintenant avéré que l'énucléation faite dans le cours de la panophtalmie peut être suivie de méningite mortelle. En ce qui concerne l'éviscération classique de Noyes-A. Græfe, avec curage de l'œil et sutures, si les cas de mort sont très rares jusqu'ici, on reconnaît qu'elle s'accompagne souvent d'une réaction excessive (73 fois dans l'enquête si consciencieuse de M. de Schweinitz). Les éminents rapporteurs du Congrès ne sont d'ailleurs pas d'accord sur la conduite à tenir dans les cas les plus graves lorsque la suppuration menace d'envahir l'orbite : l'un penche vers l'énucléation, l'autre vers l'exentération.

Quant à l'opération de Mules, au cours de la panophtalmie, je la considére comme absolument contre indiquée, en raison de l'impossibilité d'antiseptiser complètement la cavité scléroticale avant de la fermer sur un corps étranger. Dans ces cas, d'ailleurs, en raison des dangers qui menacent le malade, la question des mouvements plus ou moins grands de la pièce artificielle ne nous intéresse pas.

Préoccupé par ces idées, j'ai pratiqué une opération, *l'exentération ignée*, qui a été présentée à l'Académie de Médecine par M. Panas (Séance du 10 Avril 1900).

Voici en quoi consiste ce procédé. Avec un couteau de Græfe ou un bistouri, on sectionne transversalement la cornée, dépassant même un peu ses limites : deux coups de ciseaux, en haut et en bas, complètent une incisíon cruciale. Il me paraît inutile de faire l'ablation de la cornée et du segment antérieur. Ces quatre volets de la cornée une fois antiseptisés par le feu, se réunissent fort bien, et contribuent à rendre le moignon plus régulier. Mais cette incision cruciale

préalable est indispensable, car sans elle, l'introduction du thermocautère serait presque impossible, le tissu cornéen se rétracterait sur le thermocautère rougi et empêcherait toute manœuvre dans le globe oculaire.

Lorsque le pus s'est écoulé et qu'on a enlevé le cristallin, *sans toucher aux membranes*, on introduit dans la cavité de l'œil un gros thermocautère de chirurgie générale, en forme de couteau, rougi à blanc, et on lui imprime un mouvemnt de circumduction pour toucher toutes les parties de l'œil. Le fin thermocautère, dont nous nous servons en chirurgie oculaire, ne serait pas suffisant, à plus forte raison le galvanocautère. Plusieurs fois le thermocautère est retiré, chargé de débris de membrane, de corps vitré, de caillots purulents et introduit de nouveau lorsqu'il est rougi à blanc ; on insiste particuliérement sur la cautérisation de la région papillaire. L'opération est terminée par une injection de sublimé ou de cyanure à 1/2000e, injection qui a surtout pour but d'entraîner les parties carbonisées restées dans la coque oculaire. Bien entendu, il n'y a aucune suture à faire. L'ouverture de l'œil est bourrée de poudre d'iodoforme. Pansement occlusif.

Le premier effet de cette opération, c'est la cessation complète, absolue de la douleur. Il est merveilleux de voir les malades, dès qu'ils sont réveillés du sommeil chloroformique, accuser un grand bien-être par suite de la disparition des souffrances atroces qu'ils avaient avant l'intervention. C'est ce qui se produit dans le cas d'énucléation bien réussie, et c'est ce qui n'a malheureusement jamais lieu avec l'exentération : les douleurs étant quelquefois plus violentes qu'avant l'opération.

La sécrétion est assez abondante pendant deux ou trois jours, par suite de l'élimination des débris escarrifiés, aussi est-il bon de renouveler le pansement iodoformé deux fois par jour. Pendant quelque temps, j'ai fait des irrigations intra-oculaires les jours suivants ; j'y ai renoncé, trouvant que ces lavages sont inutiles, car la cicatrisation se fait aussi vite.

Le chémosis et le gonflement de la paupière supérieure diminuent rapidement, et du 10e au 20e jour, suivant l'état antérieur de l'œil, la cicatrisation est complète. Le moignon est régulier, très réduit, mais gardant la forme de l'œil avec, en avant, une petite cornée leucomateuse, sur laquelle on peut voir souvent deux lignes plus blanches en croix, traces de l'incision. Il n'est nullement douloureux et peut recevoir facilement un œil artificiel qui jouit des mouvements, comme dans l'exentération ou l'ablation du segment antérieur.

Il est à peine besoin de dire que l'opération se fait sans une goutte de sang. La membrane uvéale, si vasculaire et qui saigne si abondamment dans l'exentération, est *volatilisée*. Elle adhère au thermocautère et il faut plusieurs fois le retirer pour le débarrasser des lambeaux infiltrés de pus.

Ce n'est pas seulement par destruction, mais c'est aussi par rayonnement que le fer rouge agit pour antiseptiser toute la coque oculaire et il est remarquable de voir la cornée, qui paraissait complètement infiltrée de pus et nécrosée, reprendre une certaine apparence et se cicatriser. C'est encore par rayonnement que le feu agit sur les tissus entourant le globe ; il détruit dans la capsule de Tenon les germes infectieux et arrête net les menaces de phlegmon de l'orbite.

Tous les cas de panophtalmie sont justiciables de cette opération, que l'infection ait été exogène (irido-choroïdite purulente traumatique, keratite à hypopyon, keratite neuro-paralytique) ou que l'infection ait été endogène (iridocyclite purulente sur des yeux présentant des leucomes adhérents ou des staphylômes, choroïdites métastatiques, neuro-rétinites septiques).

9o Orbite et annexes

A. Inflammations.

1. — **Phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des sinus caverneux,** *Arch. d'ophtalmologie, 1885.*

II. — **Phlegmons de l'orbite.** *in* Surmont. *Bulletin médical*, XXVII.

I. — L'observation qui a été le point de départ de ce travail se rapporte à un homme atteint d'angine phlegmoneuse grave, accompagnée de fièvre intense et de trismus. L'abcès s'ouvrit spontanément mais la poche purulente prit un aspect gangréneux, l'haleine du malade exhalait une odeur fétide, puis brusquement une exophtalmie du côté droit survint. Cet état s'accompagnait d'un grand abattement, d'une fatigue générale. Bientôt l'exophtalmie, augmentant, envahit le côté opposé, les phénomènes généraux s'aggravèrent rapidement et le malade mourut avec les signes de méningite suppurée.

L'autopsie démontra nettement l'existence de la phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des différents sinus antérieurs de la dure-mère, ayant entraîné la production d'une méningite suppurée très étendue à la base de l'hémisphère droit et l'infiltration du pus dans le tissu cellulaire des deux orbites. En même temps les os de la base du crâne, et en particulier le sphénoïde, étaient dénudés, érodés, manifestement envahis par l'ostéite.

Dès cette époque nous pensions, après avoir rapporté d'autres observations de Panas, de Duplay et de Romiée, que la phlébite de la veine ophtalmique et des sinus crâniens peut reconnaître pour cause des lésions de la bouche, du pharynx et des cavités des fosses nasales. Ces conditions étiologiques devront être rangées à côté des lésions de la face, plaies septiques, érysipèle, furoncle et anthrax des lèvres. Comme dans ces derniers cas, la transmission se fait par l'intermédiaire du système veineux, mais la voie suivie est plus difficile à reconnaître. Il est probable que les veines de la fosse pterygo-maxillaire servent d'intermédiaires entre le système de l'ophtalmique et les veines des autres cavités de la face.

On sait que notre maître, M. Panas, a étudié depuis avec

le plus grand soin les rapports vasculaires de l'orbite avec les cavités voisines. Ses recherches ont été consignées dans la thèse de son élève Festal.

B. Tumeurs.

I. — **Mélano-sarcome de l'orbite à marche lente.** *Compte-rendu de la clinique ophtalmologique*, Lille, 1889.

II. — **Les sarcomes de l'orbite. Leur pronostic.** *In thèse de Baroyer*, Lille, 1900.

III. — **Kyste dermoïde fronto-orbitaire.** *Arch. d'ophtalm.*, 1893.

IV. — **Considérations sur les kystes dermoïdes de la région orbitaire.** in *Dispa, thèse Lille*, 1897.

V. — **Tumeurs de l'orbite.** Leçon clinique *Echo médical du Nord*, 1901.

I. — Les sarcomes de l'orbite, et en particulier les mélano-sarcomes, sont à juste titre considérés comme des tumeurs extrêmement malignes, dont l'extirpation est suivie de récidives locales ou de généralisations viscérales à bref délai. Cependant un certain nombre d'observations semble démontrer que le pronostic n'est pas toujours aussi sombre et que la guérison peut se maintenir pendant de longues années, pendant plus de dix ans chez un de nos malades, que nous avons encore revu récemment.

Un des facteurs qui fait varier la gravité du pronostic, c'est certainement l'âge : les récidives semblent se produire chez les enfants presque sans exception. Chez les individus âgés la marche est plus lente et la récidive un peu moins fréquente, il semble que la nutrition de la tumeur soit moins active et dans un de nos examens histologiques nous avons

constaté une véritable nécrobiose du tissu sarcomateux. Bien entendu il faut tenir compte du siège et du point de départ de la tumeur, ainsi que de sa structure. Quant au traitement, nous donnerons toujours la préférence aux opérations les plus complètes, et en particulier à l'exentération totale de l'orbite.

III. — Dans son livre sur les *Affections congénitales*, le professeur Lannelongue fait remarquer avec raison que le point d'implantation osseuse des kystes dermoïdes a un siège variable, mais presque toujours situé sur une partie plus élevée que l'apophyse orbitaire externe, à quelques millimètres au-dessus du rebord osseux, sur la surface antérieure du frontal. L'extremité du pédicule est reçue dans une dépression osseuse en forme d'entonnoir, d'une profondeur variable, pouvant atteindre 1 centimètre et demi, comme dans un cas très connu de Richet. La forme et la disposition de la dépression frontale démontrent que l'attache profonde du kyste est primitive; en effet le noyau ectodermique, point de départ du kyste, est en rapport direct avec l'enveloppe fibreuse de l'encéphale à une époque où le crâne osseux fait défaut. Il pourrait donc arriver, dit M. Lannelongue, que la perforation du frontal fût complète, mais on n'en connaît pas d'exemple. Quant à la communication du kyste avec le sinus frontal, elle n'a pas été observée, le developpement du sinus étant beaucoup trop tardif.

Le cas très intéressant qu'il m'a été donné d'étudier diffère sensiblement des faits publiés jusqu'ici. Il s'agissait, dans ce cas, d'un volumineux kyste dermoïde siégeant dans une loge osseuse triangulaire, limitée en avant et en arrière par les deux tables du frontal, dont la base répondait à la voûte orbitaire largement perforée et à l'orbite, qui avait éte envahi, dont le sommet aboutissait en haut à une petite perforation circulaire de la table antérieure du frontal, située à 2 centim. au-dessus du sourcil, à l'union de son tiers externe et de ses deux tiers internes. Je crois que ce kyste a été d'abord implanté

dans une dépression de la face antérieure du frontal, mais qu'en évoluant il a séparé les deux tables pour se loger dans leur interstice et que plus tard il est arrivé à la voûte orbitaire qu'il a fini par perforer.

C. Exophtalmie.

Un cas d'exophtalmie chez un syphilitique. — *Compte rendu de la Clinique ophtalmologique*, Lille 1890.

Il s'agit d'une gomme syphilitique palpébrale, présentant quelques analogies avec celles que j'ai déjà décrites dans un précédent travail, mais le fait le plus intéressant c'est qu'il existait du même côté une exophtalmie très prononcée, à tel point que le malade n'arrivait pas à fermer complètement l'œil, même par une contraction énergique de l'orbiculaire. Cette exophtalmie était directe, c'est-à-dire que l'œil n'était nullement dévié, ses mouvements étaient libres ; il n'y avait pas de diplopie.

La gomme palpébrable, bien que sa base fût indurée et élargie, ne s'enfonçait pas profondément. On pouvait la limiter assez facilement avec les doigts et la séparer, pour ainsi dire, des parties profondes. A son niveau, le rebord osseux de l'orbite n'était pas augmenté de volume, il n'y avait de ce côté, pas plus que dans le reste du pourtour orbitaire, aucune induration, aucune saillie pouvant faire songer à une périostite ou à une exostose de la paroi. D'ailleurs, dans cette hypothèse, il y aurait eu des douleurs plus vives et surtout l'exophtalmie aurait été indirecte.

Je serais très tenté d'admettre qu'il s'est produit ici une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire de l'orbite avec hypertrophie consécutive de ce tissu. Cette infiltration a eu pour point de départ la gomme palpébrale qui avait envahi le cul-de-sac et le globe ; elle s'est propagée par l'intermédiaire de la capsule de Tenon, large espace lymphatique, et de

là elle a envahi le tissu cellulaire rétrobulbaire qui,à la longue, a fini par s'hypertrophier. Le traitement mixte a eu facilement raison de l'accident de la paupière, mais c'est surtout à l'iodure de potassium et à la compression méthodique, longtemps prolongée, qu'il faut attribuer la disparition de cette exophtalmie. Il y a donc quelque chose d'analogue à ce qui avait été admis par les anciens auteurs et en particulier par Saint-Yves. Des observations aussi bien prises que celles de Sichel par exemple, ne sauraient être mises en doute : dans ce cas le traitement par l'iodure de potassium fait disparaître assez rapidement l'exophtalmie. Il en est de même dans une observation rapportée par Rockliffe, à la Société du Royaume-Uni. Des faits analogues ont été observés par Critchett, Juler et d'autres encore.

D. Opérations.

Note sur l'arrachement du frontal interne. *Bulletin méd. du Nord*, XXVIII.

L'arrachement du frontal interne paraît agir d'une façon plus efficace contre les douleurs névralgiques que l'arrachement des minces filets terminaux du nasal externe, dont il est possible d'atteindre le tronc. Il est facilement accessible et l'ébranlement nerveux qui résulte de sa traction est assez puissant pour agir sur toute la sphère de la branche ophtalmique de Willis. Il suffit, pour le trouver, de suivre les points de repère indiqués par M. Badal pour la recherche du nasal externe, mais en prolongeant l'incision un peu moins bas : le frontal interne est situé près de la poulie du grand oblique, presque toujours logé dans un anneau fibreux, dépendance de la poulie.

E. — Glandes et voies lacrymales.

I. — **Dacryoadénite aiguë simple.** *Bulletin méd. du Nord*, 1891.

II. — **Dacryoadénites,** in *Ioland, Thèse Lille*, 1892.

III. **Tuberculose probable de la glande lacrymale,** en collab. avec le prof. Hermann. *Arch. d'Ophtalm.*, 1892.

IV. **De la Dacryocystite tuberculeuse.** Clinique et observations, in *Tavernier, Thèse Lille*, 1897.

I. Les observations de dacryoadénite aiguë, sans suppuration, se terminant au contraire par résolution, sont assez fréquentes. Débutant brusquement par une tuméfaction de la glande, douloureuse à la pression, s'accompagnant de chémosis limité à la partie externe, de gonflement de la paupière supérieure avec un peu de gêne dans les mouvements du globe, la dacryoadénite est tantôt unilatérale, tantôt symétrique des deux côtés. Au bout de quelques jours les phénomènes aigus disparaissent. Quelquefois il se fait des poussées successives, il reste un peu d'induration et de gonflement et c'est ainsi que s'établirait l'hypertrophie simple de la glande lacrymale, dont la pathogénie est encore fort douteuse.

En raison de la disposition symétrique, on a pensé à une affection ayant quelque analogie avec les oreillons (*Mümps der Thränendrüse de Hirschberg*). En tous cas on peut admettre l'existence d'une infection spéciale, à localisations systématiques sur les glandes lacrymales, entraînant l'inflammation du parenchyme glandulaire lui-même, plutôt que du tissu cellulaire périacineux et envahissant la portion orbitaire ou la portion palpébrale et plus souvent les deux.

III. — C'est un des premiers cas de tuberculose de la glande lacrymale qui ait été observé : depuis cette époque plusieurs observations analogues sont venues confirmer l'existence de cette localisation. La tumeur, à marche relativement lente, simulait par son aspect clinique l'adéno-sarcome de la glande : la lésion était symétrique, mais plus volumineuse à droite. L'extirpation de la glande fut faite de ce côté ; macroscopiquement elle avait le volume d'une grosse amande : elle

était dure, lobulée, présentant à la coupe un aspect grenu, une coloration rosée qui faisait plutôt songer au sarcome. L'examen histologique fit reconnaître que la glande était en grande partie détruite : les parties les moins malades montraient encore des acini glandulaires, entourés et comme étouffés par l'infiltration embryonnaire, présentant déjà des signes manifestes d'atrophie. Plus loin, on trouvait encore des cellules épithélioïdes, avec des cellules géantes assez rares, mais parfaitement caractérisées. Enfin, dans les cloisons interlobulaires, on constatait des follicules tuberculeux complets. L'inoculation sur les animaux ne put malheureusement pas être faite, en raison du mode de conservation de la pièce anatomique.

IV. — Si, dans beaucoup de cas, la dacryocystite est secondaire au lupus des narines, des paupières ou de la face, bien souvent aussi le point de départ de la localisation tuberculeuse est dans le sac lacrymal. Nous en avons cité, depuis longtemps, plusieurs exemples dans nos cliniques ; en voici un très caractéristique rapporté dans la thèse de M. Tavernier.

Une fille de 11 ans, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, a eu de l'otite suppurée et de nombreux ganglions cervicaux. Il y a cinq ans, traumatisme des paupières, dacryocystite suppurée, traitée par le Stilling. La suppuration a toujours persisté, mais devient plus abondante depuis quelque temps. En renversant la paupière inférieure on constate au niveau de la conjonctive tarsienne un placard légèrement saillant garni de fongosités grisâtres saignant très facilement. Un placard plus considérable existe à la face conjonctivale de la paupière supérieure près de l'angle interne de l'œil. Aucun placard lupique sur le corps.

L'inoculation dans la chambre antérieure du lapin a donné lieu à une magnifique gomme de l'iris. Un cobaye inoculé dans le péritoine a succombé et l'on a trouvé le péritoine pariétal de la moitié correspondante au côté inoculé parsemé

de granulations tuberculeuses de diverses tailles allant jusqu'au volume d'une lentille.

F. Muscles.

I. — **Paralysies oculaires et injections de sels mercuriels insolubles**. *Soc. de médecine du Nord*, fév. 1888.

II. — **Leçons sur les paralysies oculaires**. *Nord méd.* 1895.

III. — **Paralysies traumatiques des muscles de l'œil.** *Echo méd. du Nord*, 1897.

IV. — **Des Paralysies traumatiques des muscles de l'œil d'origine orbitaire.** *In Beaugrand, thèse Lille, 1899.*

V. — **Paralysies oculaires et otites**. *Société française d'ophtalmie.* Mai 1901.

IV. — Les paralysies, que l'on observe dans les traumatismes localisés à l'orbite, peuvent s'expliquer par une altération directe du muscle, sans qu'il soit besoin d'admettre la désinsertion du tendon ou la rupture complète du muscle. Mais à côté de ces traumatismes directs, il en est d'autres qui intéressent seulement la partie inférieure du pourtour de l'orbite et s'accompagnent de paralysies localisées à un ou deux muscles. Pour ceux-ci on peut admettre qu'il y a une fêlure du plancher orbitaire et épanchement dans la gaine musculaire, avec altération passagère ou définitive de la branche nerveuse.

Dans une de nos observations le traumatisme avait été suivi, une huitaine de jours après, de l'expulsion par le nez et la bouche de caillots de sang noir et corrompu provenant sans aucun doute du sinus maxillaire.

V. Les rapports entre l'oreille et les centres oculo-moteurs ont fait, depuis quelques années, l'objet de travaux fort

intéressants au point de vue anatomique experimental et pathologique, mais qui laissent encore bien des obscurités pour l'interprétation de certains faits cliniques.

Il semble démontré anatomiquement, par les recherches de Betcherew et de Kölliker, que les noyaux bulbaires des nerfs vestibulaires, et en particulier le noyau de Deiters, envoient des fibres de communication au noyau de la 6e paire et par son intermédiaire communiquent avec la colonne des autres noyaux des moteurs oculaires. D'autre part, Cyon a montré expérimentalement les troubles oculo-moteurs associés aux lésions labyrinthiques. Mais c'est surtout la clinique qui, comme dans toutes les recherches sur les localisations, est venue apporter les renseignements les plus importants.

Deux phénomènes peuvent accompagner les lésions de l'oreille interne : d'une part le nystagmus avec vertige, d'autre part les paralysies oculaires. Pour M. P. Bonnier tous les noyaux oculo-moteurs peuvent se trouver pris par l'irradiation réflexe issue de l'appareil ampullaire. Il ne fait d'exception que pour les noyaux de la 4e paire qu'il n'a jamais vu intéressés.

C'est précisément un cas de paralysie du grand oblique au cours d'une otite aiguë qui est rapporté ici.

Pour que la paralysie du grand oblique se produise du même côté, il faut admettre une connexion entre l'un des noyaux du nerf vestibulaire et le noyau de la quatrième paire du côté opposé, ce qui ne paraît pas impossible. Nous savons que les communications sont nombreuses entre les noyaux bulbaires, et M. Thomas a décrit des fibres allant du noyau de Deiters à la troisième paire du côté opposé.

L'étude anatomique des différents centres bulbaires n'est malheureusement pas assez avancée pour que nous puissions faire autre chose que des hypothèses, ce fait m'a paru cependant assez intéressant pour être signalé. Au point de vue pratique, cette paralysie du pathétique, qui produit une diplopie si génante dans la moitié inférieure, pourrait expliquer, si ce

n'est le vertige vrai, du moins l'incertitude dans la marche, simulant le vertige, qui accompagne certains troubles de l'oreille interne.

I. — **Opération du ptosis.** *Bulletin médical du Nord*, XXVIII, n° 2.

II. — **Leçons sur le ptosis.** *Echo médical*, août 1898.

III. — **Étude clinique sur le strabisme.** *In Mariage. Thèse, Lille*, 1892.

IV. — **Du strabisme hystérique.** *Bulletin méd. du Nord*, XXX, n° 3.

IV. — Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un *strabisme spastique*. Il se présente surtout chez les jeunes sujets, novices de l'hystérie, qui n'ont pas encore eu d'attaques, et chez lesquels la nature de la déviation est d'autant plus difficile à établir que les stigmates de la névrose sont très peu marqués.

La cause occasionnelle de la déviation peut être une émotion morale vive, un traumatisme ou une intoxication. Les strabismes réflexes, provoqués par des névralgies dentaires ou par l'helminthiase, doivent être très souvent d'origine hystérique (Terrier). La réfraction hypermétropique doit, à mon avis, être considérée comme une cause prédisposante ; je l'ai notée chez plusieurs malades.

Le début est généralement brusque : le strabisme se produit surtout vers l'âge de dix à quatorze ans, époque à laquelle le strabisme concomitant est depuis longtemps constitué. L'œil est le plus souvent dévié en dedans, exceptionnellement il est tourné en dehors ou en haut. Il n'est pas fixe, mais il est au contraire agité de mouvements désordonnés qui augmentent beaucoup lorsqu'en engage le malade à fixer un objet. Il y a de la diplopie très difficile à mesurer à cause des mouvements

fréquents de l'œil, et cependant si on cherche, au moyen des prismes ou du champ du regard, la force des muscles opposés à la déviation, on voit que cette force est parfaitement normale. Ce strabisme s'accompagne de légers clignotements, de contractions fibrillaires de l'orbiculaire, et même de blépharospasme hystérique, avec ou sans hyperesthésie rétinienne ou kopiopie de Förster. On note aussi dans certains cas une douleur assez vive, ou une pesanteur particulière, au niveau de la région frontale ; enfin les signes ordinaires de l'amblyopie hystérique, caractérisée par le rétrécissement du champ visuel, surtout pour les couleurs, viendront souvent compléter le tableau clinique.

La marche de l'affection, comme ses symptômes, est essentiellement variable, et c'est bien là le signe le plus net du strabisme hystérique. Du matin au soir, la déviation oculaire peut se modifier, peut disparaître même pendant quelques instants, pour se reproduire ensuite. La contraction peut se changer en paralysie, ainsi que le prouvent certains cas parfaitement observés. Mais d'une manière générale le pronostic est relativement bénin et nous retrouvons ici le principe qui oppose à la tenacité et à la durée de la névrose, la fugacité et le peu de profondeur de ses manifestations.

Le nystagmus des mineurs. *Echo médical du Nord*, avril 1900.

Cette affection, qui frappe tout spécialement une catégorie fort intéressante d'ouvriers de la région du Nord, mérite d'être particulièrement connue par ceux qui auront à exercer dans un centre minier. Car non seulement il faut traiter les troubles de la vision qu'elle entraîne, mais il faut aussi juger des degrés d'incapacité de travail qu'elle cause à l'ouvrier qui en est atteint.

Deux formes de nystagmus sont admises, l'une embryonnaire, très fréquente, dont les ouvriers ne se plaignent guère et qui, généralement, n'empêche pas le travail. Pour l'observer,

il est nécessaire d'aller examiner les mineurs au moment de la descente des puits ou au moment de la remonte, et c'est ainsi que plus de 900 cas ont pu être observés (Romiée).

En réalité, c'est la seconde forme, le nystagmus confirmé, que nous avons à examiner dans nos cliniques ; à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, sur une moyenne de deux mille cinq cents à trois mille nouveaux par an, parmi lesquels une forte proportion de mineurs du Nord, du Pas-de-Calais et de Belgique, on n'observe pas plus de cinq à six cas de nystagmus confirmé par an.

Quelle est la cause première de ces accidents ?

La question de pathogénie est celle qui divise le plus les auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Je pense, quant à moi, qu'il faut attribuer le nystagmus des mineurs, avant tout, au défaut d'éclairage, nécessitant un effort d'accommodation plus considérable et rendant l'adaptation extrêmement difficile. Mais on a peut-être tort, à mon avis, de nier complètement l'influence de la position forcée du regard en haut et en dedans. Cette position convergente, qui n'est pas douteuse pour certaines catégories d'ouvriers mineurs, s'ajoute à l'effort d'accommodation pour produire le nystagmus. Elle explique bien comment les mouvements rythmiques se reproduisent surtout, presque exclusivement, lorsque le sujet regarde en haut. En ce qui concerne l'essence même du nystagmus, il ne peut être question d'une parésie musculaire mais bien de mouvements choréiformes, d'un spasme clonique.

Des causes adjuvantes sont nécessaires pour rendre cette affection plus grave. Grâce à ces causes, d'une gêne peu considérable, banale parmi les ouvriers mineurs, le nystagmus professionnel va devenir, chez un petit nombre, une maladie, arrêtant tout travail pendant de longs mois. Ces causes sont, les unes locales, les autres générales. Parmi les premières, les troubles de l'accommodation, l'hypermétropie et l'astigmatisme doivent être signalés. Un de nos malades en est un bon exemple. Bien qu'employé au fond depuis l'âge de

13 ans, c'est à 40 ans seulement que les troubles nystagmiques ont été assez accusés pour l'empêcher de travailler : l'examen de la réfraction a fait reconnaître un astigmatisme hypermétropique très accusé.

G. Maladies des sinus.

I. **De quslques manifestations orbitaires dss sinusitss.** *Soc. d'ophtalm. et Presse médicale*, Mai 1898.

II. **Complications orbito-oculairss des sinusitss maxillairss,** *in Paquet, Thèse Lille*, 1900.

III. **Ds la névrits optique avec stass papillaire dans lss sinusitss sphénoïdalss st dans les affsctions de l'arrière-cavité des fossss nasalss.** *Congrès int. d'Utrecht et Arch. d'ophtalm.*, 1899.

I. Dans ce travail nous avons étudié les diverses complications oculaires des sinusites et cité plusieurs cas intéressants de notre pratique, où le diagnostic très difficile fut singulièrement éclairé par l'aide de la rhinoscopie. Voici les conclusions de ce travail.

Pour la sinusite frontale : 1° la possibilité de douleurs intermittentes simulant des névralgies faciales et ayant un retentissement très marqué sur les nerfs ciliaires ; 2° l'apparente gravité de certains accidents aigus, produisant des abcès de l'orbite, avec élimination de séquestres assez volumineux, se terminant, cependant, par une guérison relativement facile, sans fistule ; 3° au contraire, la difficulté très grande d'éviter ces mêmes fistules dans les formes chroniques avec ectasie ancienne du sinus.

Pour le sinus maxillaire, la fréquence du retentissement sur les autres cavités de la face, en particulier sur le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales. Masquées par les

symptômes plus faciles à reconnaître de la sinusite maxillaire, les lésions sphénoïdales ou ethmoïdales devront être recherchées avec soin dans tous les cas. Elles expliquent bien un certain nombre de complications orbitaires attribuées trop souvent à des actions réflexes.

II. C'est l'existence d'une névrite optique avec stase papillaire, ne siégeant que d'un seul côté, qui nous a mis quelquefois sur la voie du diagnostic et nous a permis de reconnaître des lésions très localisées du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures. Ces lésions ne se manifestaient par aucun des symptômes, tels que violentes douleurs névralgiques, photophobie, larmoiement, blépharospasme, rougeur érysipélatoïde de la racine du nez (Kaplan) qui ont été signalés comme les signes ordinaires de ces sinusites.

Pour expliquer la formation de ces névrites il n'est pas nécessaire d'insister sur les rapports intimes qui unissent le sinus avec le canal optique et avec la première partie du trajet du nerf dans l'orbite. Il est démontré que la paroi externe du sinus sphénoïdal est en rapport en arrière avec le sinus caverneux, en avant avec le canal optique et avec la gouttière qui continue ce canal du côté de l'orbite. Plus en avant encore le nerf optique n'est pas très éloigné des cellules ethmoïdales postérieures qui communiquent quelquefois avec le sinus sphénoïdal. On a cherché à expliquer la propagation de l'inflammation par des anastomoses vasculaires qui restent douteuses .Est-il bien indispensable d'ailleurs d'invoquer ces anastomoses et le processus infectieux ne peut-il pas se faire de proche en proche?

Dans sa monographie sur la chirurgie du sinus sphénoïdal, M. Berger admet que certaines atrophies optiques de croissance, dont l'origine est douteuse (en particulier ce qu'il appelle l'atrophie *génuine* du nerf optique, ou maladie de Leber) serait due à un développement irrégulier du sinus entraînant la compression lente du nerf optique dans son canal. C'est un processus analogue, mais à marche rapide,

qui entraînerait les troubles oculaires dans les cas d'infection sinusienne. Il y aurait névrite ou périnévrite aiguë rétrobulbaire canaliculaire, analogue dans ses effets à la névrite rétrobulbaire de Graefe. Cette névrite se manifeste par une amaurose subite ou par un rétrécissement concentrique du champ visuel. Quant à l'examen ophtalmoscopique, il reste négatif, du moins au début : à peine un peu d'état flou du bord de la papille, diminution plutôt qu'élargissement du calibre des veines, en tous cas pas de saillie de la papille. Beaucoup plus tard on observe l'atrophie papillaire.

Sans vouloir nier la possibilité de cette névrite rétrobulbaire canaliculaire dans les affections du sinus sphénoïdal, il nous semble que les faits de névrite œdémateuse, que nous avons rapportés, cadrent beaucoup mieux avec ce que nous savons aujourd'hui des névrites infectieuses.

Nous pouvons donc conclure en disant qu'en présence d'une nevrite avec stase unilatérale, il faut rechercher avec soin l'état du sinus sphénoïdal, des cellules ethmoïdales postérieures, de la partie supérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales. Bien souvent l'examen attentif de cette région fera reconnaître le point de départ de l'infection du nerf optique. Cette connaissance des lésions du pharynx et des sinus est de la plus haute utilité pour éclairer l'étiologie et la pathogénie de ces névrites qui sont encore si obscures.

= Depuis plusieurs années, dans nos cliniques, comme dans nos publications, nous avons poursuivi l'étude des rapports entre l'œil et les cavités voisines de la face : aussi nous remercions la Société française d'Ophtalmologie qui vient de nous faire l'honneur de nous charger d'un rapport sur les « Complications oculaires et orbitaires des sinusites » pour le Congrès de 1902.

10. — Centres Nerveux

I. — **Maladie de Friedreich à forme retardée.** — In Surmont. *Bulletin méd. du Nord*, XXVIII.

II. — **Hémianopsie horizontale d'origine traumatique.** — En collab. avec le Dr Grand. *Acad. de médecine* et *Presse médicale*, avril 1897.

III. — **Hemianopsie et centres corticaux.** — *Écho méd. du Nord*, novembre 1900.

II. — Un homme de 42 ans, chef de train à la Cie du Nord, étant de service dans le wagon d'un train de marchandises en marche, fut précipité sur la voie par suite d'une brusque secousse. Relevé quelques heures après sans connaissance, il fut transporté à l'hôpital de Cambrai où le chirurgien, en présence des accidents graves, fit une large incision cruciale dans la région occipito-pariétale, débarrassant la plaie des caillots et des esquilles : la dure-mère ne paraissait pas déchirée. Cinq semaines après l'accident, nous constations une bonne acuité visuelle centrale, mais il existait hémianopsie horizontale : les deux moitiés inférieures des champs visuels manquant d'une façon symétrique. Cet état persiste depuis. La dépression crânienne, résultant de l'ancien enfoncement de la voûte, répondrait à peu près symétriquement aux deux premières circonvolutions pariétales.

On tend à admettre, grâce aux travaux de Monakow, de Déjerine, et de son élève Vialet, que le centre cortical de la vision est surtout localisé à la face interne du lobe occipital. Il occuperait la zone corticale limitée en avant par la scissure perpendiculaire interne, en haut, par le bord supérieur de l'hémisphère, en bas, par le bord inférieur de la troisième circonvolution occipitale, en arrière, par le pôle occipital. Pour que ce centre ait été atteint chez notre malade, il

faut penser qu'un épanchement sanguin *sous-dure-mérien*, a fusé, de chaque côté de la faux du cerveau, dans la scissure interhémisphérique jusqu'au lobe occipital. Mais ici, nos connaissances anatomiques actuelles sont en défaut pour expliquer qu'il se soit produit, non de l'amblyopie totale, ou de l'hémianopsie verticale homonyme, mais une hémianopsie horizontale inférieure. Pour comprendre un tel défaut des champs visuels, nous sommes obligés de revenir à l'hypothèse de Munck, à l'hémianopsie en secteurs, par suite de la projection étroite de la rétine sur la sphère visuelle, admise par Wilbrand, Hun, Doyne. Ces idées ont été défendues encore très récemment par Henschen.

Chez notre malade, la lésion siégerait donc dans la partie la plus élevée et la plus postérieure du lobe occipital. Un fait, ayant beaucoup d'analogies avec le nôtre, vient d'être présenté par M. A. Critchett à la Société ophtalmologique du Royaume-Uni.

11° Infections oculaires.

I. **Sur un cas d'infection de plaies chirurgicales de l'œil par le bacille de Lœffler.** *Écho médical du Nord*, 1897.

II. **Méningite à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires.** *Soc. d'ophtalm.*, 1897, et *Écho méd. du Nord*, 1897.

III. **Contribution à l'étude du rôle du Pneumocoque en chirurgie oculaire.** *In Painblan, Thèse, Lille*, 1897.

IV. **De l'ophtalmie métastatique.** *Echo méd. du Nord*, 1898.

II. Le rôle du pneumocoque dans certaines affections oculaires commence à être connu. On l'a trouvé dans la

sécrétion des conjonctivites aiguës, dans les mucosités de la dacryocystite. Uthoff et Axenfeld le considèrent comme l'agent principal de l'ulcère serpigineux de la cornée. Mais de l'œil, l'infection peut se propager aux méninges.

Nous avons rapporté l'histoire d'un enfant atteint de blessure de l'œil, chez lequel les accidents d'iridocyclite suppurée nécessitèrent l'énucléation immédiate. Bien que toutes les précautions antiseptiques aient été prises, sans infection apparente de la plaie opératoire, une méningite aiguë emporta l'enfant au dixième jour après l'intervention. L'autopsie fit reconnaître un exsudat purulent très épais à la base du cerveau, contenant le pneumocoque. Les résultats de l'autopsie, aussi bien que l'expérimentation, ont démontré que l'infection s'était propagée par les voies lymphatiques de la gaine du nerf optique.

Le pneumocoque est donc, pour nous, un ennemi redoutable, contre lequel ne nous arment pas suffisamment les agents antiseptiques dont nous disposons. Le sublimé, en particulier, qui n'attaque pas la capsule du diplocoque de Talamon-Fraenkel, ne peut avoir aucune action. D'une façon générale, il faut s'adresser aux alcalins qui dissolvent l'enveloppe et empêchent le pneumocoque de cultiver. On pourrait avoir recours à une solution, à un soixantième, d'hypochlorite de chaux purifié dans de l'eau stérilisée. Cette solution est bien supportée par la conjonctive.

III. — Le pneumocoque, pour arriver à l'œil, emprunte diverses voies, soit qu'il y soit amené par endoinfection en suivant la voie sanguine ou lymphatique, soit que, provenant d'une cavité voisine, il crée une exoinfection. Il peut causer diverses lésions oculaires qui semblent comporter un pronostic bénin quand la conjonctive seule est atteinte; plus inquiétant si la cornée est touchée; mauvais enfin si les membranes profondes sont prises, et assombri, dans ce cas, par la perspective d'une propagation aux méninges qui, si elle se fait, ne tardera pas à amener une issue fatale.

Si le pneumocoque s'est rencontré le plus souvent dans des affections assez semblables à elles-mêmes des diverses membranes, il ne s'en suit pas forcément qu'il donne à l'affection qu'il cause un caractère clinique particulier.

Le pneumocoque est connu, sa présence est facilement signalée dans les affections qu'il engendre, mais les moyens que nous avons de lutter contre lui ne paraissent pas à l'heure actuelle absolument suffisants. Dans les cas bénins, il cède facilement aux antiseptiques ordinaires : nitrate d'argent par exemple. Mais les expériences in vitro ont démontré que l'effet du sublimé doit être sur lui à peu près nul, puisqu'il n'attaque même pas la capsule d'enveloppe. Le sublimé. soit en injection sous-conjonctivale, soit en irrigation, ne doit avoir aucun effet quand l'affection oculaire dépend du pneumocoque. Du reste, nous savons aujourd'hui qu'un antiseptique unique ne peut agir sur toutes les infections. Pour le pneumocoque, il semble que le trichloride d'iode de Pflüger ait une action efficace, de même que les hypochlorites de chaux ou de soude qui dissolvent la capsule et attaquent directement le microbe. Une solution d'hypochlorite de chaux au 1/60 sera facilement supportée par la conjonctive.

A son action germicide ce produit joint la propriété précieuse de détruire les toxines microbiennes, qui, par leur action de chimiotaxie négative sur les phagocytes, paralysent dans une large mesure les moyens de défense que l'économie possède contre ce microorganisme si redoutable et pourtant si fréquemment rencontré.

12° Antisepsie.

De l'Antisepsie en chirurgie oculaire. *In Cuisset, Thèse Lille*, 1890.

Nous avons repris, en les modifiant, les expériences de Gayet Pour chaque opéré nous avons ensemencé trois tubes, l'un avant les lavages antiseptiques du cul-de-sac conjonctival, le second après ces lavages, le troisième à l'enlèvement du premier pansement. Le résultat a été, comme dans les expériences de Gayet, que les lavages antiseptiques, évidemment utiles, n'écartent pas complètement tout danger et que 28,6 °/₀ seulement des tubes restent stériles après les précautions antiseptiques. — En revanche nous pensons avoir montré les premiers que l'application d'un pansement antiseptique occlusif très sérieux a une tout autre importance. — Après l'enlèvement du pansement la moyenne de nos tubes stériles était de 85,6 °/₀. Il semble que la vitalité des germes, déjà amoindrie par les lavages, soit presque complètement détruite sous l'action d'un milieu antiseptique longtemps maintenu.

13° Instruments.

Un nouveau périmètre pratique. Lille, Le Bigot, 1890.

Ce perimètre se compose d'un arc dépassant un peu 90°, ayant 30 centimètres de rayon et pouvant, par sa rotation, engendrer une demi-sphère. L'arc périmétrique est en cuivre et sur sa face postérieure sont marquées les divisions en degrés ; la face tournée vers le sujet est en caoutchouc durci, sa largeur est de 6 centimètres.

Le long de cet arc peut se déplacer le curseur. — Celui-ci est composé d'une plaque de métal noirci, au centre de

laquelle s'ouvre une fenêtre carrée. Un bouton, caché pour le malade, permet de faire varier un volet depuis la fermeture compléte de la fenêtre jusqu'à un carré d'un centimètre de côté : un petit vernier indique, en millimétres, la longueur du côté et par conséquent la surface du carré. — Le curseur contient, dans son intérieur, un disque portant six cercles colorés en blanc, gris, rouge, vert, jaune, bleu. Ces couleurs m'ont paru suffisantes pour les besoins de la clinique, mais on pourrait en augmenter facilement le nombre. Les cercles peuvent être amenés successivement en face de la fenêtre carrée : une petite ouverture, pratiquée sur la face opposée, permet à l'observateur de savoir toujours quelle est la couleur présentée au sujet. — Le disque est disposé comme celui des ophtalmoscopes à réfraction : de petits arrêts indiquent à quel moment le cercle coloré répond, centre pour centre, avec la fenêtre. — Enfin le déplacement facile du curseur le long de l'arc est assuré par quatre petites roues placées aux angles.

Le mécanisme qui permet ce déplacement est très simple. Une corde sans fin, attachée au curseur, passe dans une poulie, située à l'extrémité de l'arc, et se réfléchit d'autre part sur deux petites poulies au niveau du sommet de l'arc. Devenue verticale, la corde s'enroule sur une large roue de bois noir, fixée sur le pied du périmétre, et elle revient enfin à son point de départ. L'observateur met cette roue en mouvement au moyen d'une manivelle placée derriére le pied de l'appareil : la main reste cachée par la roue de bois noir. — Il n'y a rien de spécial pour la tige qui supporte la mentonnière : elle peut exécuter des mouvements d'élévation et d'abaissement assez limités. — Tout l'appareil repose sur une table de bois noir.

C'est particulièrement dans l'étude du scotome central dépendant de l'amblyopie toxique, que cet appareil nous a donné d'excellents résultats. Pour s'assurer de l'existence de ce scotome, le curseur est amené, la fenêtre fermée, vers le quinziéme degré environ en dehors du point de fixation, sur

l'axe horizontal. Le volet est ouvert, petit à petit, et on demande au malade s'il distingue le blanc qui lui est présenté : on note les dimensions qu'il faut donner à l'ouverture ; on referme le volet et on répète la même expérience pour les différentes couleurs. On peut ainsi, en tenant compte, bien entendu, de la tache aveugle de Mariotte, reconnaître l'existence d'un scotome, ayant moins d'un quart de degré périmétrique. — Pour mesurer l'étendue du scotome, il faut partir de la périphérie, la fenêtre grande ouverte. Il est bon, lorsque la couleur a été reconnue, de diminuer la surface et de n'avoir plus qu'un carré de 3 à 4 millimètres de côté : on pourra apprécier, d'une façon plus exacte, les limites du scotome.

II. VARIA

Abcès sous-hyoïdiens symptomatiques des lésions des cartilages du larynx. *Bull. de la Soc. clinique, 1882.*

Ostéosarcomes de l'index. *France médicale, 1882.*

Arthrites infectieuses. *Thèse agrégation, 1886.*

Nouvelles leçons sur le strabisme. — Rhumatisme oculaire. — Anesthésie en chirurgie oculaire. — Rétinite syphilitique. — Rétinite hémorrhagique. — Amblyopie toxique (*Union médicale, 1884-85*). — **Historique de l'opération de la cataracte** (*Semaine médicale, 1886*). — Leçons du professeur Panas, recueillies et publiées par F. de Lapersonne.

Leçon d'ouverture de la clinique ophtalmologique de la Faculté de Lille, faite à l'hôpital Saint-Sauveur le 10 novembre 1890. Lille, Le Bigot frères.

Notice biographique sur le Dr Testelin. *Bulletin médical du Nord, 1891.*

Compte-rendu des travaux de la Société de Médecine du Nord. *Bulletin médical, 1893.*

Discours de rentrée des Facultés. *Bulletin des Facultés de Lille, 1895.*

Organisation de l'enseignement médical en Espagne. Lille, Le Bigot, 1897.

Éloge de Davaine. *Lille, 1897.*

TABLE DES MATIÈRES

LILLE — LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS